

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

mykotisk behandling af andre højrisikopatienter, dvs. patienter med neutropeni [5] og organtransplanterede patienter [10], ikke har kunnet påvise en mortalitetsreduktion ved profylaktisk antimykotisk behandling.

Konklusion og perspektivering til danske forhold

På trods af Cochrane-*review*'ets lovende resultater, reduceret incidens af invasiv mykose og reduceret mortalitet hos kritisk syge patienter, der er profylaktisk behandlet med antimykotika, er der fortsat ikke belæg for at indføre rutinemæssig profylaktisk antimykotisk behandling af *alle* kritisk syge patienter på danske intensivafdelinger. Det skyldes til dels de ovenfor påpegede metodologiske begrænsninger i Cochrane-*review*'et, og dels at det med den nuværende viden på området ikke er muligt at opstille generelle retningslinjer for identifikation af patienter, der er i højrisiko for at få invasiv mykose og dermed primært ville kunne profitere af profylaktisk antimykotisk behandling. Vurderingen af risikoen for invasiv mykose og dermed behovet for profylaktisk antimykotisk behandling må derfor fortsat bero på et klinisk skøn, indtil klinisk kontrollerede undersøgelser er foretaget med henblik på sikker opsporing af risikopatienter [7]. Endvidere er de økologiske problemer ved indførelsen af profylaktisk antimykotisk behandling ikke tilstrækkeligt belyst, og konsekvenserne af en eventuel udvikling af multiresistens er ukendt. De lovende resultater i dette Cochrane-*review* er dog et vigtigt udgangspunkt for nye klinisk kontrollerede undersøgelser af effekten af profylaktisk antimykotisk behandling af specifikke grupper af kritisk syge patienter, f.eks. abdominalt opererede

patienter eller patienter med svær sepsis eller septisk shock. Forskelle mellem præparater, doseringer og administrationsveje bør undersøges, og de økologiske konsekvenser bør som nævnt belyses nærmere.

Korrespondance: Steffen Christensen, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C.
E-mail: sc@dce.au.dk

Antaget: 2. maj 2007

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Jarvis WR. Epidemiology of nosocomial fungal infections, with emphasis on Candida species. *Clin Infect Dis* 1995;20:1526-30.
2. McKinnon PS, Goff DA, Kern JW et al. Temporal assessment of Candida risk factors in the surgical intensive care unit. *Arch Surg* 2001;136:1401-8.
3. Blumberg HM, Jarvis WR, Soucie JM et al. Risk factors for candidal bloodstream infections in surgical intensive care unit patients: the NEMIS prospective multicenter study. *Clin Infect Dis* 2001;33:177-86.
4. Borzotta AP, Beardsley K. Candida infections in critically ill trauma patients: a retrospective case-control study. *Arch Surg* 1999;134:657-64.
5. Gotzsche PC, Johansen HK. Routine versus selective antifungal administration for control of fungal infections in patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD000026.
6. Kanda Y, Yamamoto R, Chizuka A et al. Prophylactic action of oral fluconazole against fungal infection in neutropenic patients. *Cancer* 2000;89:1611-25.
7. Playford EG, Webster AC, Sorrell TC et al. Antifungal agents for preventing fungal infections in non-neutropenic critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD004920.
8. Van den BG, Wilmer A, Hermans G et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. *N Engl J Med* 2006;354:449-61.
9. Ascioğlu S, de Pauw BE, Donnelly JP et al. Reliability of clinical research on invasive fungal infections: a systematic review of the literature. *Med Mycol* 2001;39:35-40.
10. Playford EG, Webster AC, Sorrell TC et al. Antifungal agents for preventing fungal infections in solid organ transplant recipients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3:CD004291.

Effekt af træning af erfarne sundhedsmedarbejdere i »den motiverende samtale«

Professor Knut Aspegren, cand.scient. Niels Erik Risager & cand psych. Merete Strømning

Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Den Postgraduate Pædagogisk Udviklende Funktion og Enheden for Uddannelsesudvikling, og Psykologhuset Brøen, København

Resume

Introduktion: »Den motiverende samtale« ad modum Botelho er den almindelige rådgivningssamtale overlegen til at motivere patienter til forandring af livsstil. Vi ønskede at udforske, om den på en simpel måde kunne læres af erfarne læger, sygeplejersker og diætister.

Materiale og metoder: Femten sundhedsmedarbejdere blev rekrutteret. Et it-baseret materiale til selvstudier blev fremstillet og introduceret ved en fem timer lang workshop. Deltagernes evne til at gennemføre samtalen blev testet lige før og igen tre måneder efter workshoppen ved en videooptaget samtale med en simuleret patient. Samtalerne blev scoret af en uafhængig psykolog og sammenlignet.

Resultater: Deltagerne opnåede en statistisk signifikant forbedring af brug af den motiverende samtale. Forbedringen var på et niveau, som kan forventes efter denne slags træning.

Konklusion: Struktur og anvendelse af »den motiverende samtale« kan hurtigt og relativt billigt læres af erfarne læger, sygeplejersker og diætister.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Sundhedsprofessionelle er kendetegnet ved, at de gennemfører professionelle samtaler med patienter i den daglige pleje og kontakt. Der findes flere forskellige typer professionelle samtaler. Eksempler på typiske sådanne er det medicinske interview, informationssamtalen, rådgivning, konsultation i almen praksis, den triste besked mv. Erfaring fra medicinsk-pædagogisk forskning peger på, at disse forskellige typer samtaler er *case specific*, det vil sige, at behersker man en af dem, garanterer det ikke, at man er god til de andre typer [1, 2].

Den motiverende samtale er en form for samtale, som oprindeligt er udviklet af *Miller & Rollnik* [3] til arbejdet med alkoholikere og stofmisbrugere. Modellen er videreudviklet af *Botelho* [4] og anvendes meget i arbejdet med patienter, hos hvem livsstilsforandring er påkrævet, for eksempel ved nydiagnosticeret type 2-diabetes. Motivations samtalen er almindelig rådgivningssamtale overlegen, hvilket er påvist i flere undersøgelser og opsummeret i to metaanalyser [5, 6].

Der er solid evidens for, at læring af lægelige samtalefærdigheder skal foregå ved oplevelsesbaseret læring [7]. Det er effektivt at videooptage samtaler med simulerede patienter og gennemgå dem under vejledning af en erfaren lærer, som oftest i grupper på 6-7 deltagere. Rollespil mellem deltagere er også brugt, men erfaringen viser, at læger ikke gerne rollespiller over for hinanden. For at opnå effekt skal træningen gentages flere gange i et longitudinelt forløb. Ulempen ved disse

fremgangsmåder er, at de er dyre og tidskrævende. Derfor er det af stort interesse at afprøve læringsmetoder, med hvilke resultater kan opnås på en enklere og mindre tidskrævende måde. Vi ønskede derfor at afprøve effekten af læring af »den motiverende samtale« ad modum *Botelho* ved eget patientarbejde, *learning by doing* [8], initieret af en kort workshop og suppleret med selvinstrueret it-baseret materiale. En sådan fremgangsmåde er med positivt resultat afprøvet for læger inden for onkologi [9].

Materiale

Til undervisningen og træningen udviklede vi en grundstruktur for den motiverende samtale **Tabel 1**. Centralt i den er anvendelsen af et beslutningsbalanceskema. Der blev udviklet et videomateriale, som illustrerer alle dele af grundstrukturen, og hvor læge og patient blev fremstillet af skuespillere. De blev instrueret af en erfaren læge for at opnå autenticitet i situationerne. Indholdet i materialet var livsstilsforandring ved nylig opdaget type 2-diabetes.

Deltagere i forsøget blev rekrutteret ved annoncering blandt sundhedspersonale, som til daglig beskæftigede sig med diabetespatienter. Af praktiske årsager blev antallet begrænset til 15, hvoraf ti var læger, fire var sygeplejersker, og en var diætist.

Metoder

Træningen bestod af: 1) En fem timer lang workshop ledet af en psykolog og en læge. Samtalemodellen blev demonstreret, og deltagerne øvede to og to grundmodellen, især udfyldelse af skema og samtale om beslutningsbalancen (**Tabel 1**, moment 3). Træningen foregik ved rollespil. Videomaterialet blev vist, og hver deltager fik et eksemplar til efterfølgende selvstudie. Der blev endvidere uddelt et kortfattet tekstmateriale og *Miller & Rollniks* bog [3], og 2) anvendelse af det udvalgte materiale til selvstudier og brug af metoden i dagligt arbejde med diabetespatienter i de følgende 2-3 måneder.

Før træningsforløbet blev der optaget en motiverende samtale (prætest) mellem hver af deltagerne og en simuleret patient, som var en instrueret skuespiller. Indholdet i samtalen var motivering af livsstilsforandring ved nyopdaget diabetes type 2. Tre måneder efter workshoppen blev der igen optaget en motiverende samtale med en simuleret patient og med det samme indhold (posttest). Alle samtaler blev scoret blindet og uafhængigt af en psykolog, som var uvidende om forsøgspersonernes identitet, og om hvilke samtaler som var præ- eller posttest. Scoringen fulgte skemaet i **Tabel 1** ved brug af en scoringsnøgle, som blev udviklet til formålet af os (**Tabel 2**).

Content validity af scoringsnøglen er sikret ved, at items 1-19 er direkte fra *Botelhos* model »den motiverende samtale« [4]. Med item 20 vurderes brug af eksplorative spørgsmål i samtalen, hvilket er et vigtigt indslag i den motiverende samtale [10]. Items 21-23 er hentet fra *The Arizona Medical Interview Rating Scale* [11]. *Intra rater reliability* blev testet ved test-re-

Tabel 1 Grundstrukturen for den motiverende samtale. Under samtalen udfylder patient og læge »beslutningsbalancen«, som bliver en form for kontrakt mellem parterne. Det er patientens anskuelser ikke lægens, som bliver skrevet ind.

1.0 Indledning	
1.1. Velkomst (evt. præsentation)	
1.2. Samtalens formål og afstemning med patienten	
2.0 Resume	
2.1 Lægen opsummerer »indtil nu«	
2.2 Lægen eksplorerer patientens anskuelser og viden	
2.3 Lægen opsummerer og får bekræftelse fra patienten (sikrer sig patientens forståelse)	
3.0 Motivering til forandring	
3.1 Faglig feedback på patientens nuværende situation	
3.2 Beslutningsbalanceskema udfyldes. Eksplorerer af skemaet	
<i>Beslutningsbalance</i>	
Hvis jeg fortsætter som nu	
Fordele	Ulemper
Hvis jeg ændrer adfærd	
Ulemper	Fordele
3.3 Identificering af barrierer	
3.4 Identificering af konkrete mål	
3.5 Opnåelse af fælles overenskomst	
4.0 Afslutning	
4.1 Opsummering	
4.2 Aftale om plan for forandring	
4.3 Aftale om det videre forløb	

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Skala til bedømmelse af den motive-
rende samtale (Copyright: cand.psych. *Merete
Strømning*, cand.psych. *Per Henriksen* og
med dr. *Knut Aspegren*).

Video nr.:	Dato:	Rater:
Indledning		
Item		
1	Velkomst og angivelse af patientens navn	
2	Forklarer formålet med samtalen	
3	Lægen afstemmer formålet med patienten og undersøger patientens anledning til at komme	
Resume		
Item		
4	Lægen opsummerer det hidtidige forløb – hovedpunkter	
5	Lægen eksplorerer patientens anskuelser og viden på en grundig og detaljeret måde	
6	Lægen opsummerer patientens aktuelle problemstilling	
7	Lægen får bekræftelse fra patienten	
Motivering til forandring		
Item		
8	Feedback på patientens nuværende situation	
9	Beslutningsbalancen introduceres og udfyldes	
10	Eksplorering af patientens modstand	
11	Opsummering af patientens modstand	
12	Eksplorering af patientens motivation	
13	Opsummering af patientens motivation	
14	Prioritering	
15	Tidsperspektiv	
16	Ambivalens	
17	Identificere barrierer	
18	Identificering af konkrete mål	
19	Opnå fælles overenskomst	
Eksplorative spørgsmål i forbindelse med udspørgen om beslutningsbalancen		
Item		
20		
Antal eksplorative spørgsmål	Point	
Over 25	8	
21-25	7	
17-20	6	
13-16	5	
10-12	4	
7-9	3	
4-6	2	
1-3	1	
0	0	
Afslutning		
Item		
21		
Lægen opsummerer hovedpunkter af indholdet af dagens samtale (herunder spørger/giver lægen mulighed for at patienten kommer med yderligere informationer eller spørgsmål)	5	Point
Lægen aftaler plan for forandring	4	
Lægen eksplorerer patientens anskuelser og følelser vedrørende plan for forandring	3	
Lægen afstemmer plan med patienten	2	
Lægen aftaler, hvad der skal ske i det videre forløb	1	
At eksplorere patientens anskuelser og følelser		
Item		
22		
Affektivt-eksplorerende gensvar/spørgsmål eller opfordring Lægen går konsekvent ind i emnerne (bekymring + eksplorering)	4	
Det samme, men ikke konsekvent (bekymring + eksplorering)	3	
Affektivt-kognitive gensvar på patientens ledtråde eller direkte ytringer eller opfordringer, men ingen eksplorering	2	
Ingen affektive gensvar overhovedet, heller ingen opfordringer	1	
Ingen affektive gensvar, men snarere en afvisende holdning	0	
At udtrykke anerkendelse og accept (lyttende gensvar)		
Item		
23		
Lægen giver med mellemrum patienten positiv anerkendelse og tilbagemelding		
Lyttende gensvar – sproglig anerkendelse/accept gennemgående i samtalen	4	
Lyttende gensvar – sproglig anerkendelse/accept et par gange	3	
Lægen er hverken åbenlyst positiv eller åbenlyst negativ i sin anerkendelse og tilbagemelding Lyttende gensvar	2	
Ingen lyttende gensvar	1	
Lægen giver patienten en begrænset støtte og anerkendelse. Betonning er mere på de negative end de positive egenskaber hos patienten. Negativ eller afvisende holdning gennemgående i samtalen samt ingen lyttende	0	

For items 1-19: udfører = 1, udfører ikke = 0

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 3. Fordeling på gruppeniveau af score i præ- og posttest i de forskellige dele af »den motiverende samtale«.

Del af samtalen	Prætest, procent af maks. score	Posttest, procent af maks. score	p-værdi Kruskal-Wallis test
Indledning	29	44	0,03
Resume	38	55	0,05
Motivering til forandring – herunder beslutningsbalance	31	54	0,001
Afslutning	55	52	0,98
Anvendelse af eksplorative spørgsmål (i forbindelse med beslutningsbalancen)	28	45	0,005
Brug af eksploration af patientens anskuelser og følelser	62	65	0,13
Brug af lyttende gensvar	88	72	0,02

test inden for ti dage af fem tilfældigt udvalgte optagelser fra præ- og posttestoptagelser.

Data blev bearbejdet statistisk ved kappastatistik, variansanalyse og Kruskal-Wallis test.

Resultater

En test af *intra rater reliability* gav en kappaværdi på 0,74. Gruppens forandring af adfærd er gengivet i Tabel 3 som procent af maksimumscorer. Som det fremgår af figuren, scorer gruppen højest i samtalsens indledning, i at resumere forløbet indtil nu, og i anvendelsen af beslutningsbalancen. Deltagerne anvender efter træning flere eksplorative spørgsmål i forbindelse med udfyldelsen af beslutningsbalanceskemaet, men noget færre lyttende gensvar. Der er ingen forandring i brug af eksploration af patientens anskuelser og følelser og heller ikke i måden at afslutte samtalen på.

For at studere graden af læring af grundstrukturen blev forskelle mellem præ- og posttest opsummeret og sammenlignet på gruppeniveau. Grundstrukturen blev til dette formål opdelt i: indledning, resume og motivering til forandring (items 1-19 i scoringsnøglen). Ved Kolomgorov-Smirnovs test kunne normalapproximation af disse påvises. *Analysis of variance* (ANOVA)-test viste signifikant heterogenitet mellem præ- og posttest med en p-værdi < 0,001. Resultatet fremgår grafisk af Figur 1.

Diskussion

Den grundlæggende hensigt med vores undersøgelse var at studere, om læger/sygeplejersker/diætister på en simpel og relativt billig måde kunne lære at strukturere og gennemføre den motiverende samtale. Med læring mener vi i denne sammenhæng forandring af adfærd. Undersøgelsen viser, at antagelsen var rigtig, eftersom deltagerne lærte at anvende strukturen i »den motiverende samtale« ved en fem timer lang workshop og efterfølgende selvstudier i forbindelse med eget arbejde. Dette garanterer selvsagt ikke, at de anvender det i deres daglige arbejde, men det er sandsynligt, da en stor del af læringen er foregået ved eget arbejde med patienter støttet af det it-baserede selvstudieringsmateriale.

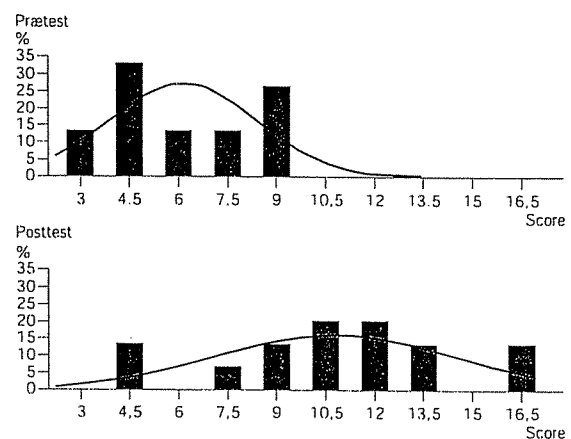
Intra rater reliability i scoringerne lå i intervallet Kappa 0,61-0,80, hvilket i litteraturen angives som »god« [12]. Forde-

ling af score før og efter træning tyder på, at scoringsinstrumentet har *construct validity* – man opnår forventet resultat. Vi mener derfor, at man kan generalisere ud fra resultaterne.

Som det fremgår af Tabel 3, er størrelsen af læringen ret beskeden, en forøgelse af score på 15-23%. Forøgelsen er størst i anvendelsen af beslutningsbalancen og er, som man kan forvente efter denne slags træning af samtalefærdigheder. *Maguire et al* opnåede samme forøgelse af scorer ved deres oplevelsesbaserede træning af medicinstuderende i det medicinske interview [1]. De kunne også ved langtidsopfølgning påvise, at de studerende selv forbedrede deres færdigheder ved at arbejde som reservelæger. Det er derfor rimeligt at antage, at erfarne sundhedsarbejdere også selv yderligere kan forbedre deres færdigheder i den motiverende samtale ved brug af den i det daglige arbejde. En langtidsopfølgning er af interesse for at belyse denne formodning.

Som det fremgår af Figur 1, er graden af læring i undersøgelsen ujævnt fordelt blandt deltagerne, hvilket er i tråd med erfaringerne fra undervisning og læring.

Det er interessant at notere, at når grundstrukturen i »den motiverende samtale« er lært, formindskes anvendelse af lyt-



Figur 1. Fordeling af scorer i præ- og posttest på individniveau for items 1-19 i grundmodellen for »den motiverende samtale«. Y-aksen viser procentandelen af deltagere inden for score 2.5-3.4 et cetera. X-aksen viser opnåede scorer. Maksimumscore er 19,0. Best fit-fordelingskurve til de individuelle scorer er indlagt.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

tende gensvar i denne form for samtale, samtidig med at andelen af eksplorative gensvar forøges. Sandsynligvis hænger dette sammen med, at deltagerne nu har en metode at arbejde efter og ved, hvordan de skal spørge åbent i forbindelse med at motivere til livsstilsforandring i stedet for blot at lytte til patienten. De er således blevet styrket i forhold til at kunne eksplorere emnet. Man kan notere, at eksploration af patientens anskuelser og følelser, som i forvejen er høj, ikke er blevet forbedret efter træning. Erfaringer fra træning af lægelige samtaler tyder på, at det kunne man heller ikke forvente efter et så kort kursus, hvis der ikke er efterfølgende personlig vejledning.

Den indbyrdes betydning af læring af workshoppen, it-materialet og eget patientarbejde er ikke blevet kortlagt ved denne undersøgelse, hvilket heller ikke var hensigten. Hvis en kortlægning er af interesse, kræver det en særlig undersøgelse.

Korrespondance: *Knut Aspegren*, Kildevældsgade 83 B, st. tv., DK-2100 København Ø. E-mail: knut.aspegren@post.tele.dk

Antaget: 26. juni 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Undersøgelsen er gennemført med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsens Diabetespulje 2004. Diabetesprojekt – J.nr. O-203-02-182/1. Scoringer af videooptagede præ- og posttest er foretaget af cand psych. *Per Henriksen*. Statistisk rådgivning og statistisk bearbejdelse af data er foretaget af professor dr.phil. *Peter Allerup*, Danmarks Pædagogiske Universitet

Litteratur

- Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I. Benefits of feedback training in interviewing as students persists. *BMJ* 1986; 292:1573-6.
- Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: II. Most young doctors are bad at giving information. *BMJ* 1986;292:1576-8.
- Miller WR, Rollnik S. Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag, 2004.
- Botelho R. Motivational Practice. Promoting Healthy Habits and Self-care of Chronic Diseases. Rochester New York: MHH Publications, 2004.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psych* 2003; 71:843-61.
- Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-12.
- Aspegren K. BEME-guide no 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21:563-70
- Egidius H. Pædagogik i det 21. århundrede. Gyldendals lærerbibliotek. København: Nordisk Forlag A/S, 2000:52-7
- Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM et al. The effectiveness of a computer-assisted instruction programme on communication skills of medical specialists in oncology. *Med Educ* 2002;36:125-34.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998:35-70.
- Stillman PL. Arizona clinical interview medical rating scale. *Med Teach* 1980;2:248-51.
- Altman DG. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall/CRC, 1999:404.

Lægemiddelstyrelsen

Tilskud til lægemidler

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 17. december 2007 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

(J-05-AB-01) Aciclovir »Ranbaxy« tabletter*,
Ranbaxy Pharma AB
(C-07-AB-02) Betaloc ZOK tabletter*,
Abacus Medicinie A/S
(A-10-BB-12) Glimepirid »Teva« tabletter*,
Teva Denmark A/S
(N-05-AX-08) Risperidon »Actavis« tabletter*, Actavis A/S
(N-05-AX-08) Risperidon »Arrow« tabletter*,
Arrow Pharma ApS
(N-05-AX-08) Risperidon »Sandoz« tabletter*, Sandoz A/S
(N-05-AX-08) Risperidon »Stada« tabletter*,
PharmaCoDane A/S
(N-05-AX-08) Risperidon »Teva« tabletter*,
Teva Denmark A/S
(A-10-AE-05) Levemir injektionsvæske, Novo Nordisk A/S
(A-10-AE-04) Lantus injektionsvæske,
Sanofi-Aventis Denmark A/S

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme

Denne bestemmelse træder i kraft den 17. december 2007.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.